

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 24 Novembre 1909, à 1 heure

PAR

Maurice RIVAILLON

DE LA

COEXISTENCE D'ACCIDENTS SYPHILITQUES

AVEC

LE TABÈS ET LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Président : M. GAUCHER, professeur
Juges : } MM. BRISSAUD, professeur
DEJERINE, professeur
MULON, agrégé

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE, Editeur

15, Rue Racine, 15

1909

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN		M. LANDOUZY
PROFESSEURS.		MM.
Anatomie.		NICOLAS
Physiologie.		CH. RICHET
Physique médicale.		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.		BOUCHARD
Pathologie médicale.		BRISSAUD
Pathologie chirurgicale.		DEJERINE
Anatomie pathologique.		LANNELONGUE
Histologie.		PIERRE MARIE
Opérations et appareils.		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.		HARTMANN
Thérapeutique.		POUCHET
Hygiène.		GILBERT
Médecine légale.		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.		CHAUFFARD
		ROGER
Clinique médicale.		HAYEM
		DIEULAFOY
		DEBOVE
		LANDOUZY
		HUTINEL
Maladies des enfants.		
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.		GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.		RAYMOND
		DELBET
Clinique chirurgicale.		QUENU
		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique.		DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.		ALBARRAN
		PINARD
Clinique d'accouchements.		BAR
		RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.		POZZI
Clinique chirurgicale infantile.		KIRMISSON
Clinique thérapeutique.		ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENB	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BRZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LORPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que ses opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MES GRANDS PARENTS

A MES PARENTS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A M. LE PROFESSEUR E. GAUCHER

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

DE LA
Coexistence d'Accidents Syphilitiques
AVEC
Le Tabès et la Paralyse Générale

INTRODUCTION

Les nombreux travaux qui ont été publiés et que l'on produit chaque jour sur l'histoire étiologique du tabès et de la paralysie générale, prouvent que cette question est encore à l'ordre du jour.

On a invoqué, tour à tour, pour expliquer la cause du tabès, l'hérédité nerveuse, l'action du froid humide, les excès génésiques ; l'hérédité nerveuse aussi, le surmenage intellectuel et physique, l'alcoolisme, les chagrins pour la paralysie générale, il n'en est pas moins vrai que, depuis les travaux de Fournier, c'est surtout la syphilis qui se trouve mise en cause.

Après avoir été très vivement combattue, la théorie de l'origine syphilitique du tabès et de la paralysie

générale a fini par rallier la grande majorité des suffrages, et il ne se trouve plus aujourd'hui personne qui prétende expliquer par une simple coïncidence la constance presque absolue de la syphilis dans les antécédents des tabétiques et des paralytiques généraux.

Cette constance est prouvée par des statistiques dans des proportions qui vont jusqu'à 90 et 95 o/o.

Les auteurs, à vrai dire, n'interprètent pas tous de la même façon le rôle de la syphilis dans ces affections.

Charcot, et bien d'autres à sa suite, croient qu'elle n'agit que comme cause prédisposante, en préparant le terrain, et non comme cause directe. Strumpell incrimine la toxine du tréponème de Schaudinn qui agirait à la manière du poison diphtéritique. Fournier fait du tabès et de la paralysie générale des affections parasymphilitiques, au même titre que la leucoplasie bucco-linguale.

Les partisans de la théorie adverse, s'appuyant eux aussi sur des statistiques, objectent que, dans un très grand nombre de cas, l'antécédent syphilitique n'existe pas. Dire que l'antécédent syphilitique n'existe pas est certainement trop affirmer, nous trouverions plus légitime de dire qu'il n'est souvent pas retrouvé, car il est indéniable que souvent on peut avoir affaire à des cas de syphilis ignorée, soit que l'on n'ait pas assez pris soin de fouiller les antécédents du malade, soit que la syphilis elle-même n'ait laissé aucune trace, aucun souvenir de

son passage, dans des manifestations primaires, secondaires ou tertiaires; nous reviendrons là-dessus au chapitre suivant.

Malgré tout cela la théorie de Fournier trouve une nouvelle et éclatante confirmation dans l'apparition, chez certains ataxiques et paralytiques généraux, d'accidents de syphilis en activité. Dans ce cas la syphilis n'est pas niable. Considérés, il y a peu de temps encore, comme exceptionnels, ces accidents, depuis qu'on les recherche, s'observent en réalité avec une certaine fréquence au cours des affections parasyphilitiques.

Les cas sont très nombreux au cours du tabès, ils apparaissent plus rares au cours de la paralysie générale.

Dans combien de cas analogues ces manifestations de syphilis active n'ont-elles pu arriver à temps pour signer le diagnostic ? et si dans les cas que nous signalons le malade eût succombé en pleine évolution de son tabès ou de sa paralysie générale, avant que la syphilis se fût manifestée par des accidents indéniables, ces observations n'auraient-elles pas été invoquées encore par les partisans de la théorie de l'origine non syphilitique ?

C'est sous l'inspiration de M. le Dr Druelle, chef de clinique de M. le professeur Gaucher, que nous avons choisi cette question pour sujet de thèse.

Qu'il nous soit permis, avant de commencer ce travail, de lui adresser nos plus vifs remerciements.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153702_0098

CHAPITRE PREMIER

SYPHILIS IGNORÉE

Les adversaires de la théorie Fournier affirment qu'on ne retrouve pas, la plupart du temps, d'antécédents syphilitiques chez les tabétiques et les paralytiques généraux ; sur ce point nous sommes facilement de leur avis, mais, avant de leur donner d'autres preuves, nous parlerons de la syphilis ignorée.

Bien vieille est l'histoire de la syphilis ignorée, et si, nous-mêmes, en présence de manifestations secondaires évidentes, nous avons souvent bien de la peine à dépister l'accident primitif, quoi d'extraordinaire qu'il soit encore plus pénible et très souvent impossible d'en retrouver les traces au bout de dix, quinze ou vingt ans ?

ROLLET et RICORD avaient depuis longtemps insisté sur ce point et c'est encore à FOURNIER que revient le mérite d'avoir approfondi cette question. Il y revient constamment dans ses ouvrages. (*Syphilis et mariage. Ataxie locomotrice. Leçons sur la syphilis chez la femme.*)

RAYMOND cite le cas d'une femme chez laquelle, malgré l'interrogatoire le plus minutieux il ne fut

pas possible de dépister une syphilis que révéla seule une perforation de la voûte palatine chez sa petite fille.

En 1898, VIANNAY publie un travail sur la « *Fréquence de lésions tertiaires sans antécédents chez la femme* », dans les *Annales de Dermatologie*. Les conclusions sont que, dans la moitié des cas, il faut s'attendre à un résultat négatif.

MOUTOT, dit dans le *Bulletin médical* de 17 février 1906 : « Alors même qu'il n'est pas d'anamnèse chez un tabétique, qu'il ne présente pas de lésions tertiaires coexistantes, il ne faut jamais rejeter la possibilité d'une syphilis antérieure. » Cette opinion n'a rien d'étonnant pour qui sait combien la syphilis est susceptible de passer inaperçue.

La localisation si variable du chancre seulement peut d'abord prêter bien des fois à la confusion. Et bien souvent la véritable difficulté pour le médecin ne consiste pas à savoir reconnaître un chancre, quand il y pense, mais d'y penser (1).

N'a-t-on pas vu dans le service du professeur Nicolas de Lyon, un chancre du gros orteil produit chez un soldat par un soulier contaminé.

La grosse majorité des gens dans le public est persuadée qu'il est impossible de contracter la syphilis autrement que dans des rapports sexuels et bien des personnes ayant eu un chancre extra-

1. *Traité de la Syphilis*, vol. I, p. 788.

génital nieront de bonne foi la syphilis croyant n'avoir eu qu'un simple bouton.

Chez l'homme, on arrive assez facilement à dépister la série morbide de la syphilis mais il n'en est pas de même chez la femme.

Celle-ci, en général, moins renseignée, moins défiante, laisse passer facilement la syphilis inaperçue. Il lui est d'ailleurs plus difficile d'examiner elle-même ses régions génitales et bien des érosions suspectes n'attirent pas son attention.

Enfin la femme est dissimulatrice par nature, et beaucoup de raisons la poussent à mentir contre toute évidence.

« Cinquante fois par an, pour le moins, dit Fournier (1), il nous est arrivé de recevoir dans nos services des femmes affectées d'accidents secondaires ou tertiaires, disant n'avoir jamais eu la moindre maladie. Ces femmes mentent-elles ? Quelquefois : Oui. J'en ai la preuve. Cependant le mensonge n'est pas habituel en pareil cas, j'en suis persuadé. Plus souvent ces femmes pèchent par ignorance. Ou bien, elles répondent sans comprendre ce que leur demande ; ou bien, elles ont eu la syphilis sans se rendre compte au juste de ce qu'elles avaient ; sans le savoir même, ce qui n'est pas impossible. »

La faute est imputable quelquefois au médecin qui n'apporte pas toujours une rigueur méthodique dans la recherche des antécédents, et qui évite d'autant

1. Voir Fournier. *Chancres extra-génitaux*. Paris, 1907.

moins cet écueil que, souvent « la syphilis ne s'accuse que par des phénomènes d'ordre commun sans manifestations propres », tels que névralgies faciales, sciatiques, iritis.

Il arrive que, malgré la présence d'accidents secondaires ou tertiaires, on ne peut remonter à l'origine, mais dans ces cas, malgré les dénégations du malade, le diagnostic doit être maintenu.

Bien souvent la syphilis peut être niée de très bonne foi, mais souvent aussi elle est niée sciemment soit par honte, intérêt, soit que le malade redoute une indiscretion, ou craigne d'apporter des troubles dans son ménage, quelquefois sans raison, surtout chez la femme, et dans les circonstances les plus graves où un aveu eût pu mettre sur la voie pour instituer un traitement approprié d'où dépend le salut du malade.

FOURNIER cite le cas d'une femme déclarant n'avoir jamais eu de « mauvais mal ». Or il se trouva, renseignements pris à des sources authentiques, que cette malade si innocente était entrée déjà sept fois à Lourcine pour accidents de syphilis confirmée.

Malheureusement c'est trop souvent de bonne foi que les malades nient une maladie contre laquelle ils ne sont pas instruits et les raisons sont faciles à deviner.

Le chancre siège souvent dans des régions cachées, ou alors dans des régions éloignées qui font que le malade le considère comme un simple bouton. Il est peu douloureux et guérit spontanément dans bien

des cas, si bien que les sujets peu soucieux de leur personne ne s'en préoccupent guère. Les accidents secondaires peuvent être très bénins ou même faire défaut.

A plus forte raison, la syphilis peut être méconnue lorsqu'elle est héréditaire. En somme : négation de la syphilis sciemment ou par ignorance, extragénitalité de l'infection, bénignité des accidents secondaires, syphilis héréditaire, considérations morales comme par exemple : l'honnêteté présumée de la femme par qui la syphilis est communiquée ; voilà autant de raisons qui peuvent fausser un diagnostic dont l'importance est pourtant si grande pour le traitement à venir.

FOURNIER dans ses statistiques donne comme proportion de syphilis ignorée 30/o des cas chez l'homme, et 18 0/0 des cas chez la femme.

Cette ignorance d'ailleurs est susceptible de varier suivant les milieux, elle existe naturellement au minimum dans les classes aisées, bourgeoises et aristocratiques, où les gens ont un souci plus constant de leur santé. Il en est autrement dans les classes pauvres et combien de fois n'arrive-t-il pas aux médecins de consultations gratuites de révéler à des malades venus pour toute autre chose la présence d'un chancre dont ils sont porteurs, et qu'ils n'auraient jamais soupçonné.

De tout cela, il ne faut jamais se hâter de conclure de ce qu'on ne retrouve pas trace ni souvenir de syphilis à la non-existence de celle-ci.

Peut-être ferait-on mieux d'accuser beaucoup de médecins de ne pas assez rechercher la syphilis chez leurs malades, que de reprocher à certains autres de la voir partout.

Nous montrerons qu'il existe un certain nombre de cas où seuls chez des tabétiques avérés, et des paralytiques généraux, des manifestations tertiaires ont pu révéler une syphilis qui eût sans elles passé inaperçue.

CHAPITRE II

ACCIDENTS DE SYPHILIS EN ACTIVITÉ AU COURS DU TABES

Historique

La question des relations entre la syphilis et le tabes remonte à la naissance même du tabes, c'est-à-dire à l'époque où DUCHÊNNE DE BOULOGNE donna sa physionomie propre au tabes en le dégageant du groupe confus des paraplégies parmi lesquelles il était rangé.

En 1858, en effet, DUCHENNE dit qu'on note chez quelques tabétiques qu'il a examinés l'infection syphilitique qui paraît la seule cause rationnelle ou apparente de l'ataxie locomotrice. Il regrette cependant de constater que la médication spécifique qui aurait pu servir de pierre de touche n'ait paru exercer aucune influence sur la marche de la maladie.

Dès lors, le champ est ouvert aux recherches sur cette parenté des deux maladies.

Dans une première période, jusqu'en 1876, où FOURNIER établit le premier une connexion étroite de cause à effet entre la syphilis et le tabes, l'hypothèse de cette relation est avancée timidement par les

auteurs dont quelques-uns même reviennent sur leur première idée.

En 1864, VIRCHOW décrit un cas de tabes dont l'autopsie fut faite par lui-même. Cette autopsie révéla une gomme dans le muscle long dorsal et une cicatrice à l'entrée du vagin : « Si l'anamnèse, dit-il, laisse ici à désirer, la cicatrice de l'entrée du vagin et la gomme musculaire sont une base suffisante pour faire songer à la nature syphilitique de la sclérose des cordons postérieurs. »

DUJARDIN-BEAUMETZ, GREPPO, TEISSIER de Lyon, MARIUS CARRÉ, MOORE signalent des cas d'amélioration par le traitement antisypilitique.

EISENAM, TOPINARD sont plus réservés.

En 1866 et 1867, LANCEREAUX et SCHULTZE disent que, sans pouvoir se prononcer trop affirmativement sur ce point, on ne peut cependant s'empêcher de remarquer que l'ataxie locomotrice se rencontre très fréquemment chez des individus qui ont eu la syphilis et que cette affection pourrait bien avoir sur la dégénérescence de la moelle épinière la même influence qu'elle exerce sur la dégénérescence cirreuse du foie et d'autres organes. BUZZARD, en 1871, voit dans le tabes une lésion de syphilis tertiaire, mais ensuite il revient sur son opinion et avec ROSENTHAL et BROADBENT il sépare complètement la sclérose des cordons postérieurs de la syphilis. Dans une deuxième période à partir de 1876, avec FOURNIER, l'opinion devient nettement affirmative.

Sur 30 cas qu'il cite, 24 ont subi antérieurement des atteintes de syphilis.

DRYSDALE, ERB, GOWERS, WESTPHALL, HUTCHINSON se rangent peu à peu à cette théorie dans les années qui suivent.

ALTHAUS dans une statistique trouve 90 o/o de tabes avec syphilis. VOIGT, SPILLMANN ne peuvent admettre qu'il s'agisse d'une simple coïncidence dans les cas de tabès où l'on retrouve la syphilis.

Dans une nouvelle publication, parue en 1882, FOURNIER devient encore plus affirmatif et publie une statistique portant sur 128 cas et où il trouve une proportion de 93 o/o de syphilis indiscutable.

Il rappelle des chiffres précédents de VULPIAN, 15 pour 20 ; ERB, 88 o/o ; QUINQUAUD, 21 pour 21. Les conclusions sont faciles à déduire : Dans l'immense majorité des cas, l'ataxie locomotrice constitue une manifestation d'origine syphilitique, au point de vue clinique il la considère comme une lésion tertiaire et le tabès confirmé d'après les expériences n'a rien à attendre du traitement antisypilitique. En terminant, il avance les arguments suivants.

a) Fréquence absolument significative des antécédents syphilitiques chez les sujets tabétiques.

b) Etiologiquement le tabès relève de la syphilis (manifestation tertiaire).

c) Association fréquente des symptômes tabétiques avec divers autres symptômes que l'on trouve dans la syphilis (paralysie des nerfs craniens, hémiplé-

gie, crises d'aphasie). Connexion fréquente du tabes et de la paralysie générale.

d) Influence du traitement spécifique.

e) Coïncidence au cours du tabès de manifestations d'autre siège et de nature incontestablement syphilitique.

En 1883 ERB et VOIGT publient aussi des statistiques qui corroborent complètement l'opinion de FOURNIER et affirment que si l'on n'obtient aucun résultat avec le traitement c'est qu'on arrive trop tard.

Après les statistiques de WEBER, SPITZKA, HOFFMANN, MÖBIUS qui ne donnent pas une proportion supérieure à 50 0/0, FOURNIER publie une nouvelle statistique de 121 cas dans lesquels il trouve 112 fois l'antécédent spécifique, soit une proportion de 93 0/0.

Jusqu'en 1890 divers auteurs, VOIGT, STRUMPELL, arrivent à trouver jusqu'à 60 fois la syphilis pour 100 cas d'ataxie locomotrice.

RIKLICH passe en revue les travaux précédents et trouve qu'il y a une trop grande différence entre ces statistiques.

DÉJÉRINE est éclectique, il trouve qu'il y a du bon dans les deux théories contraires : « Il est un fait certain, dit-il, c'est que tous les tabétiques sont d'anciens syphilitiques.

« Tout ce qu'on peut dire, c'est que la syphilis est une cause puissante de tabes, chez les sujets ayant une tare nerveuse héréditaire. Mais on peut dire aussi avec une grande certitude que la maladie

infectieuse ne peut rien si le terrain n'est pas favorable. Dans le tabes, ainsi que nous l'enseigne M. CHARCOT, c'est l'hérédité qui domine, la syphilis n'est qu'une cause adjuvante. »

NAGELI dans sa thèse nous donne un historique complet et additionne toutes les statistiques produites avant lui. Il trouve sur 1.403 tabétiques, 47 o/o qui avaient eu sûrement la syphilis et 15 o/o de suspects.

GALEZOWSKI sur 717 cas d'atrophie de la papille qui étaient sûrement tabétiques en trouve 496 cas chez qui la syphilis était intervenue auparavant.

OPPENHEIM, ABADIE, GOWERS, SCHWAZ publient des cas dans le même sens.

En 1891 FERRAS trouve 53 syphilitiques sur 58 tabétiques.

ERB donne une nouvelle statistique qui lui donne en l'additionnant avec celles qu'il a publiées précédemment 89 o/o de syphilis incontestables. Les cas où la syphilis n'est pas retrouvée dans les antécédents n'infirmement pas l'opinion de Mœbius et Hirt pour qui la syphilis des tabétiques ne fait aucun doute.

En 1892 MARIE, RAYMOND, GALKIEWITZ, trouvent que la question pour n'être pas résolue a cependant gagné du terrain en faveur de la syphilis.

A cette époque paraît le livre de FOURNIER sur les *Affections parasyphilitiques*. Cet auteur peut se réjouir enfin de voir beaucoup de ses anciens adversaires arriver à cette conclusion que 90 fois sur 100 la syphilis se trouve dans les antécédents du tabes.

Pour expliquer qu'il ne faut pas rejeter systématiquement la syphilis dans les 10 cas sur 100 où elle n'est pas retrouvée, il insiste beaucoup sur ce qu'il est convenu d'appeler les syphilis ignorées et de cette façon il arrive presque à une proportion de 100 0/0.

Le professeur GAUCHER s'est intéressé à cette question de l'étiologie du tabes, il a fait à ce sujet diverses observations que nous rapportons plus loin et il affirme comme Fournier que l'origine du tabes est bien dans la syphilis.

Pour résumer cet aperçu nous ne saurions mieux faire que de citer les propres paroles de Fournier dans le *Bulletin médical* du 4 décembre 1901, où il rapporte une autre statistique de 1.000 tabétiques, parmi lesquels il a trouvé 925 fois la syphilis d'une manière incontestable : « Trois périodes différentes se dégagent de l'histoire de la syphilis et du tabes.

« 1° Une période initiale que j'appellerai, période d'incrédulité. Et en effet, lorsque vers 1875 je produisis pour la première fois l'opinion que le tabes dérive de la syphilis, je fus pour un temps presque le seul adepte de ma doctrine. Ladite doctrine qui était toute nouvelle, qui allait à l'encontre des idées en faveur, ne fut accueillie qu'avec défiance, froideur et incrédulité. Elle souleva des critiques nombreuses et l'on m'accusa, comme d'usage, de voir la vérole partout ;

« 2° En second lieu vint une période d'enquête ou de contrôle, dans laquelle on fit appel à l'observa-

tion pour juger la question pendante. C'est à ce moment que se heurtèrent les opinions les plus contradictoires, certains mêmes reniant toute connexion entre la syphilis et le tabes, d'autres admettant mais pour un certain nombre de cas seulement une relation d'origine entre les deux maladies, d'autres enfin, en nombre régulièrement croissant, reconnaissant la syphilis comme l'origine sinon unique, du moins la plus habituelle du tabes.

« 3° Puis finalement une troisième période actuelle où, à ma grande satisfaction, le tabes a été considéré comme une dépendance, un reliquat, un produit de la syphilis à un titre qu'il reste à déterminer.

« Aujourd'hui, je puis dire et j'ai le droit de le dire, la question est jugée dans le sens favorable à une étroite connexion entre la syphilis et le tabes.

« Ouvrez n'importe quel traité de pathologie médicale contemporaine français ou étranger, et vous verrez cette connexion reconnue, affirmée, soit sans réserves, soit avec réserves, d'ailleurs bien légitimes, pour d'autres maladies qui, à côté de la syphilis, pourraient servir d'origine au tabes.

« En un mot, la syphilis est considérée partout, sinon comme la cause unique, du moins comme la cause principale du tabes. »

Malgré tout il faut le dire, quelques auteurs se sont maintenus adversaires de cette doctrine et ils exposent leurs arguments dans un article de MILIAN : « *La Nature du Tabes* » (*La syphilis*, janvier 1905.) Comme principal argument est à retenir celui de

VIRCHOW qui a la Société de médecine berlinoise en juillet 1898, dit qu'on devrait montrer la fréquence du tabes chez les syphilitiques, pour bien montrer le rôle de la syphilis sur l'autre maladie. REUMONT et LEWIN n'ont trouvé dans une statistique portant sur 3.400 syphilitiques, que 3,28 o/o présentant les symptômes d'une affection médullaire.

Mais il nous semble que la rareté d'une forme nosologique n'est pas suffisante pour faire nier son existence.

Les encéphalopathies saturnines ne sont rencontrées que sous la proportion de 1 sur 100 individus intoxiqués par le plomb. En nie-t-on pour cela l'étiologie plombique ? Un autre argument paraît être plus sérieux. Pourquoi même en admettant les proportions de 93 o/o données par Fournier ne retrouve-t-on pas la syphilis dans les 7 o/o de cas qui restent ? C'est à ceux qui invoquent cet argument que nous répondrons en leur montrant dans différentes observations qu'il y a souvent des cas de syphilis tout à fait ignorés dont la réalité est démontrée d'une façon absolument indiscutable par l'apparition d'accidents tertiaires au cours d'un tabes chez des sujets où il avait été absolument impossible de trouver traces de manifestations primaires ou secondaires.

Il est facile de s'en rendre compte dans les observations suivantes :

Observations

OBSERVATION I

(Malade présenté par M. le professeur Gaucher dans sa leçon clinique du 18 janvier 1905.)

Accident de syphilis en activité chez un tabétique

Homme âgé de quarante-cinq ans ; a toujours joui d'une bonne santé et *ignore complètement quand et comment il a pu avoir la syphilis*.

Il y a trois mois cependant, il a vu apparaître sur son thorax, au niveau de l'appendice xiphoïde, une tuméfaction fluctuante et indolore, de la dimension d'une noix ; cette tuméfaction a peu à peu augmenté de volume et elle est actuellement sur le point de s'ouvrir à l'extérieur ; il s'agit évidemment d'une gomme présternale typique.

Le malade n'est que peu ataxique ; il marche sans heurter ses jambes ; il tourne facilement au commandement ; il ne présente, même dans la station verticale, lorsqu'il a les yeux fermés, qu'une ébauche de signe de Romberg.

Au lit l'hésitation motrice est peut-être un peu plus prononcée. De même les membres supérieurs dans les mouvements délicats laissent percevoir quelque maladresse. Les réflexes tendineux rotuliens et achilléens sont abolis. Il existe un signe d'Argyll-Robertson des plus marqués et un ptosis intermittent de la paupière supérieure gauche. Enfin

depuis deux ou trois ans le malade souffre de douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs. Le diagnostic n'est pas douteux : gomme syphilitique apparue au cours d'un tabes confirmé.

OBSERVATION II

(Gaucher et Babonneix. — Communication à la Société médicale des Hôpitaux, séance du 15 mai 1903.)

Syphilis datant de cinq ans. — Tabes. — Erythème circiné tertiaire du genou gauche

P..., quarante-trois ans, tréfileur, entre salle Saint-Louis, n° 2, 11 avril 1902.

Le malade n'a pas d'antécédents héréditaires ; ses parents respectivement âgés de soixante-douze et de soixante-quinze ans, sont tous bien portants ; ils ont eu quatre enfants : une fille, actuellement âgée de quarante-quatre ans ; le malade ; un fils, actuellement âgé de quarante-deux ans, et enfin une fille qui serait morte subitement à dix-sept ans.

Il ne semble pas y avoir, tant dans ses ascendants directs que dans les collatéraux, d'hérédité névropathique ou arthritique.

Il n'y a rien non plus à signaler dans les antécédents personnels du malade. Celui-ci a toujours joui d'une bonne santé ; il a accompli sans peine ses quatre années de service militaire ; une fois revenu à la vie civile, il a exercé, sans interruption, le métier de tréfileur, qu'il pratique depuis l'âge de quinze ans.

Le seul accident pathologique à signaler est la *syphilis*.

Il y a cinq ans, le malade a contracté un chancre du menton pour lequel il est venu se faire soigner à la salle Bichat, où on lui a prescrit pendant les trois mois qu'il y est resté, des pilules, des piqûres, et de l'iodure. La roséole a été précoce et abondante ; le malade affirme n'avoir jamais eu de plaques muqueuses buccales ou autres.

Il n'y a rien eu de nouveau jusqu'à il y a deux mois. A cette époque, le malade qui, depuis longtemps, avait cessé de se traiter, a remarqué que sa vue baissait progressivement, et qu'il avait comme un brouillard devant les yeux ; il ne paraît pas avoir eu de diplopie à ce moment. Il lui arrivait aussi d'avoir, par instants, des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs et de perdre ses urines en travaillant : c'est pour cet ensemble de troubles qu'il entra à la salle Saint-Louis, n° 2, le 11 avril 1903.

Etat actuel. — Le malade n'est que peu ataxique ; il marche sans heurter ses jambes ; il tourne au commandement, il ne présente même dans la station verticale quand il a les yeux fermés, qu'une ébauche de signe de Romberg.

Au lit, l'hésitation motrice est peut-être plus marquée, et, lorsqu'on dit au malade de croiser les jambes ou de toucher avec son pied tel ou tel point du plan du lit, il y a une hésitation assez sensible. De même les membres supérieurs, dans l'exécution des mouvements délicats laissent percevoir quelque maladresse.

Les réflexes tendineux sont abolis, qu'il s'agisse des réflexes rotuliens ou achilléens, ou encore des réflexes du coude. Les réflexes rotuliens ne peuvent être réveillés, même par la manœuvre de Jendrasisk. Les réflexes cutanés sont

relativement conservés ; le réflexe crémasterien est à peu près normal.

Il y a peu de troubles sensitifs. En dehors des *douleurs* fulgurantes dont nous avons déjà parlé, le malade n'éprouve aucun trouble subjectif de la sensibilité ; sa sensibilité au tact, à la température et à la douleur paraît normale. Il en est de même du sens musculaire.

Des troubles sensoriels, les plus importants sont les *troubles oculaires*.

Le malade a remarqué que sa vue baissait ; il ne peut plus lire à la même distance qu'auparavant ; il a constamment un brouillard devant les yeux ; de plus ses pupilles ne réagissent plus à la lumière, tandis qu'elles se modifient encore sous l'influence de l'accommodation ; il y a donc chez ce malade un signe d'Argyll des plus manifestes ; les pupilles sont immobiles ; il existait à l'entrée une inégalité pupillaire marquée, la pupille gauche étant beaucoup plus grande que la droite ; cette différence tout en s'atténuant est encore sensible aujourd'hui.

Il existe, de temps à autre, *quelques légers troubles vésicaux* caractérisés par de l'incontinence d'urine. Il n'y a pas de troubles trophiques appréciables, pas d'arthropathies, ni de maux perforants ; l'intelligence est normale et la parole correcte ; sans l'inégalité pupillaire que nous venons de signaler, il n'existe aucun signe de paralysie générale associée ; l'état général est bon ; le malade a bon appétit ; il dort bien ; il n'a pas maigri pendant les derniers temps.

Sur les confins de la face antérieure et latérale interne du genou gauche, on voit une *syphilide circinée*, constituée par une série d'éléments papuleux, de couleur jambonnée.

Ces éléments se sont groupés suivant un contour arrondi, arciforme, dont la concavité regarde la face interne du genou ; il s'agit évidemment d'une syphilide circonscrite typique.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. le Dr Druelle, chef de
Clinique de M. le professeur Gaucher.)

*Syphilis datant de dix ans. — Tabes. — Ulcération
gommeuse de la paroi postérieure du pharynx*

O... C.-Alfred, quarante ans, sans profession, vient à la consultation de M. le professeur Gaucher à Saint-Louis le 2 août 1909. Le malade n'a pas d'antécédents héréditaires, et il ne semble pas avoir tant dans ses ascendants directs que dans les collatéraux, d'hérédité névropathique ou arthritique.

Il n'y a rien non plus à signaler dans les antécédents personnels.

Il a toujours joui d'une bonne santé avant d'avoir la syphilis. Il y a dix ans, le malade a contracté un chancre de la verge pour lequel il s'est fait soigner pendant un mois environ. La roséole a été précoce et abondante, il a présenté aussi plusieurs plaques muqueuses dans la bouche.

Après la disparition de ces accidents, obtenue au bout d'un mois de traitement antisypilitique, il ne s'est plus jamais soigné, mais il s'est donné à la morphine.

Il y a deux ans environ, c'est-à-dire en 1907, début d'une arthrite de la hanche droite avec douleurs très vives dans

les membres inférieurs, à cette époque il a essayé un traitement mercuriel mais l'a presque aussitôt abandonné car celui-ci déterminait chez lui des crises gastriques violentes.

Etat actuel. — 1° Au moment où le malade se présente à Saint-Louis, il présente à la paroi postérieure du pharynx une ulcération gommeuse de la largeur d'une pièce de 2 francs. Cette ulcération qui détermine seulement une légère douleur à la déglutition passa quelque temps inaperçue du malade, un jour cependant se demandant ce qu'il pouvait bien avoir dans la gorge, il se plaça devant un miroir, ouvrit largement la bouche et aperçut cette ulcération pour laquelle il vient consulter ;

2° On constate du côté de la hanche droite une arthrite avec atrophie très marquée des muscles de la jambe du même côté.

Le malade a fréquemment des douleurs fulgurantes qui l'empêchent de dormir. Les réflexes rotuliens et achilléens sont abolis. Signe de Romberg. Signe d'Argyll Robertson. Le diagnostic fait par M. le Dr Druelle, chef de clinique de M. le professeur Gaucher, n'est pas douteux. Nous avons affaire à un tabétique, qui présente au cours de l'évolution de son tabes une ulcération gommeuse syphilitique de la paroi postérieure du pharynx.

Le malade, au cours de sa syphilis est devenu morphinomane. Tous les jours il s'injecte 30 à 40 centigrammes de chlorhydrate de morphine. Il prend également du chloral.

Le traitement antisiphilitique est essayé très prudemment, on injecte tous les jours 2 centigrammes de benzoate

de mercure, et on fait absorber au malade de l'iodure de potassium.

Au bout d'un mois on se rend compte que le traitement a été très bien supporté et que l'ulcération pharyngienne est presque cicatrisée. On fait encore quelques injections de benzoate de mercure et actuellement le malade est complètement guéri de sa gomme. Quant au tabes il n'a pas progressé mais il n'a pas diminué non plus sous l'influence du traitement.

OBSERVATION IV

(MM. le professeur Gaucher, Dr Edmond Fournier
et Paul Touchard.)

Un cas de coexistence de gomme syphilitique et de tabes

Femme de quarante-cinq ans, atteinte de tabes, entrée salle Henri IV à l'hôpital Saint-Louis en 1905.

Le début semble remonter à quatre ans environ. C'est vers cette époque, en effet, que survinrent les premières douleurs fulgurantes dans les jambes.

Actuellement, le diagnostic de tabes n'est pas douteux ; à l'abolition des réflexes rotuliens et achilléens, au signe d'Argyll, aux douleurs fulgurantes, s'ajoutent un peu d'incoordination motrice pendant les mouvements d'épreuve et du ptosis intermittent de la paupière supérieure gauche.

Il existe enfin une zone d'anesthésie à distribution radiculaire sur les faces antérieure et postérieure du thorax.

Chez cette malade la syphilis est non seulement ignorée,

mais n'a donné lieu à aucun accident pathologique antérieur qui puisse la faire soupçonner.

Or, il y a quatre mois, survint au niveau de l'appendice xiphoïde, une tuméfaction cutanée qui grossit lentement sans douleur, s'ouvrit spontanément, il y a un mois, laissant écouler une petite quantité de liquide jaunâtre peu épais.

En un mot il s'agit d'une gomme syphilitique que son aspect clinique suffirait déjà à caractériser, si la rapide amélioration survenue après quinze jours d'injections sous-cutanées quotidiennes de 2 centigrammes de benzoate de mercure ne venait encore confirmer le diagnostic. Au traitement mercuriel, nous avons ajouté le traitement ioduré à la dose de 2 grammes par jour.

Aujourd'hui la gomme est complètement cicatrisée.

OBSERVATION V

(MM. J. A. Sicard et Touchard.)

Cas de syphilides zoniformes tertiaires chez un tabétique

Homme âgé de quarante ans, palefrenier, a contracté la syphilis à l'âge de vingt ans, s'est mal soigné. A quelques habitudes éthyliques.

C'est il y a cinq ans qu'ont débuté les premiers symptômes de tabes par de la diplopie et des douleurs fulgurantes. Depuis sont venus se surajouter d'autres signes classiques de la sclérose des cordons postérieurs : abolition des réflexes rotuliens et des tendons d'Achille ; ébauche d'incoordination motrice ; déformation tibio-tarsienne, mal perforant plantaire. Il n'existe pas de sucre dans l'urine.

En pleine évolution tabétique est apparue il y a quinze mois, progressivement, sans douleurs, ni gêne masquée, une éruption cutanée au niveau de l'hémithorax gauche.

L'éruption en demi-ceinture a une direction générale oblique d'arrière en avant, de haut en bas. Elle suit à peu près les espaces intercostaux. Elle est limitée assez nettement en avant ne dépassant que très peu la ligne axillaire.

Le territoire cutané qu'elle occupe est innervé par les branches postérieures des dix nerfs dorsaux et par les septième, huitième, neuvième et dixième nerfs intercostaux.

L'éruption est constituée par des placards et des nodules papuleux. Ce sont des syphilides nodulo-tuberculeuses typiques à coloration brune cuivrée. Quelques-uns des éléments se sont effacés et sont remplacés par des cicatrices arrondies et pigmentées d'aspect classique.

Le malade est entré au mois de juin. Une première ponction lombaire faite à cette époque a révélé de nombreux lymphocytes. Après trois mois de traitement mercuriel intensif, les placards cutanés se sont cicatrisés, les signes tabétiques ont au contraire persisté avec la même lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

On ne saurait douter dans ce cas de l'existence d'un tabes légitime associé à une éruption de syphilis tertiaire à topographie zoniforme. L'éruption est survenue après le début du tabes et dix-neuf ans après le chancre.

OBSERVATION VI

(MM. J. Nicolas et H. Moutot. — Clinique des maladies cutanées et syphilitiques de l'Antiquaille à Lyon, 1905.)

Deux cas de coexistence de lésions syphilitiques tertiaires avec le tabes

Homme de quarante-deux ans *qui nie avoir eu la syphilis, chez qui les accidents primaires et secondaires ont passé inaperçus.*

Le 14 juillet 1905, à la suite d'un traumatisme minime s'est établi deux heures après un gonflement très marqué de l'articulation tibio-tarsienne droite. Celui-ci a persisté depuis.

Actuellement il y a une déformation articulaire tout à fait à type d'arthropathie tabétique. Cette origine est confirmée par l'existence du signe de Romberg, d'un peu d'incoordination dans la marche ; d'une abolition complète des réflexes rotuliens. Les pupilles sont très paresseuses et réagissent très mal à la lumière. Pas de troubles sensitifs. Le malade n'a jamais eu de douleurs fulgurantes ou autres. Pas de crises viscérales, pas de troubles urinaires.

En outre en août dernier est apparue une petite tumeur toujours indolore de la région trochantérienne droite, elle a eu l'évolution classique d'une gomme syphilitique. Il y a eu une ulcération profonde, taillée à pic avec un écoulement de liquide gommeux blanchâtre. La réparation s'est faite presque complète par une cicatrice blanche, déprimée avec liseré périphérique pigmenté en brun.

Nous rapprocherons de ce cas celui d'un autre malade

observé en mai 1905 dans la même clinique, atteint de tabes et de syphilides acnéiformes du nez à type tertiaire.

OBSERVATION VII

(Par MM. Nicolas et Moutot.)

Ferdinand J..., quarante-trois ans, contracte la syphilis il y a quinze ans. N'a fait de traitement que pendant son séjour à la clinique, environ trois mois et demi. Il y a deux ans, perte de la vue du côté droit, il y a six mois perte de la vue du côté gauche. Le traitement par des lotions données à la clinique ophtalmologique de Lyon aurait amené une amélioration. Pendant son séjour à l'Antiquaille (mai 1905), on constate : Pas de talonnement, pas d'incoordination dans la marche, pas de Romberg. Abolition complète des réflexes rotuliens des deux côtés. Pas de troubles de la sensibilité. Amaurose complète de l'œil droit, l'œil gauche perçoit la clarté, mais ne distingue pas les objets. Signe d'Argyll.

Sur le nez il y a un mois et demi, s'est développé un petit bouton sur la narine gauche et peu à peu extension aux deux narines.

Actuellement zone rouge, avec quelques éléments surélevés. On fait le diagnostic de syphilides acnéiformes à type tertiaire. Le traitement mercuriel les guérit mais ne produit aucune amélioration sur le tabes.

OBSERVATION VIII

(Malade présentée par MM. Raymond et Guillaïn à la
Société médicale des Hôpitaux en 1904.)

Manifestations cutanées syphilitiques au cours du tabes

Femme sans antécédents héréditaires, âgée de quarante-neuf ans.

A eu à trente-deux ans un chancre syphilitique, un mois après son mariage. Elle présenta ensuite de la roséole et de l'alopecie, fut soignée durant quinze jours à Broca.

Elle ne suivit un traitement mercuriel antisypilitique que durant les quinze jours de son séjour à l'hôpital.

Dans la suite elle ne s'est jamais plus soignée.

Dans les années qui suivirent l'apparition du chancre, la syphilis ne se manifesta pas par des accidents cutanés ; elle resta tout à fait latente. Sept ans après le chancre, la malade avait trente-neuf ans, apparurent des douleurs dans les membres inférieurs et des douleurs en ceinture.

Ces douleurs paraissent avoir eu les caractères des douleurs fulgurantes et des douleurs lancinantes.

Depuis cette époque jusqu'à aujourd'hui, les douleurs ont toujours persisté ; elles furent considérées par la malade et par le médecin comme d'origine rhumatismale. Elles nous paraissent avoir été nettement d'origine tabétique.

Les autres symptômes tabétiques sont plus récents.

C'est en effet depuis deux ou trois ans qu'ils se sont montrés.

Il y a eu des troubles de la miction, de la diplopie, etc.

C'est pour avoir un soulagement à ces douleurs que la malade vient consulter le 2 novembre 1904 à la Salpêtrière.

Actuellement, on constate chez elle les symptômes les plus typiques du *tabes*. Toutefois l'ataxie fait défaut aussi bien aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs.

La malade marche facilement. Cependant on observe une ébauche du signe de Romberg ; elle ne peut se tenir sur un seul pied les yeux étant fermés.

Si chez elle les troubles de l'équilibre sont réduits à leur minimum, par contre les autres phénomènes du *tabes* sont très nets ; des douleurs fulgurantes et lancinantes, des troubles de la sensibilité objective avec retard des sensations aux membres inférieurs ; une analgésie du nerf cubital à la pression ; des troubles vésicaux.

Souvent même cette femme a de la diplopie. Les pupilles sont inégales, le signe d'Argyll existe.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont abolis ; le réflexe cutané plantaire amène l'extension du gros orteil.

Les réflexes des membres supérieurs sont conservés.

En plus des symptômes tabétiques, on constate chez la malade au niveau de la main droite des syphilides.

Ces syphilides siègent : sur la face palmaire et sur la face dorsale de l'index, sur les deuxième et troisième phalanges du médius, sur la première et troisième phalanges de l'annulaire et sur la paume de la main.

Ces syphilides sont papulo-squameuses, papulo-crustacées, certaines même ont l'aspect psoriasiforme. Ces syphilides de la main sont très persistantes. Depuis plusieurs mois elles existent et se reproduisent. D'ailleurs la malade n'a pas suivi de traitement spécifique pour les faire disparaître. On lui fait

depuis son entrée à la Salpêtrière un traitement mercuriel avec des injections de biiodure de mercure ; les syphilides sont en voie d'amélioration, tout laisse à supposer qu'elles vont disparaître prochainement.

Il est à remarquer incidemment que chez cette tabétique, le réflexe cutané plantaire amène l'extension du gros orteil. La constatation du signe de Babinski permet de dire qu'indépendamment des lésions des cordons postérieurs, il existe chez elle des altérations des voies pyramidales, partant, une sclérose combinée.

OBSERVATION IX

(Par MM. Danlos et Deroy,)

Syphilis en activité et tabes chez le même individu

Malade de quarante-quatre ans. *Syphilis ignorée* et par conséquent non traitée. En 1900, le malade atteint de tabes et presque incapable de marcher, suit un traitement de neuf mois à la Salpêtrière. (Elongation, rééducation des mouvements. Pas de traitement interne.) A la suite amélioration considérable de tous les symptômes ; *le patient redevenait capable de marcher* et les crises de douleurs sont beaucoup plus rares.

En novembre 1906 entre à Saint-Louis pour une syphilide tuberculo-ulcéreuse typique du nez et des régions voisines. L'ataxie encore très manifeste, se caractérise par l'incertitude de la démarche, le talonnement, le signe de Romberg, l'abolition des réflexes patellaires, etc. Le malade assure que depuis son traitement à la Salpêtrière le mal a cessé tout progrès.

OBSERVATION X

(Par MM. P. Spillmann et M. Perrin.)

Syphilides serpigineuses chez un ataxique

Homme, âgé de quarante-huit ans, présenté à la Société de médecine de Nancy (séance du 6 juin 1906). Ce malade est ataxique. Premières douleurs fulgurantes en 1892. On remarque chez lui des syphilides serpigineuses de l'avant-bras droit, et sur le corps diverses cicatrices de lésions analogues toutes postérieures au tabes. Ce cas est à rapprocher de celui d'un paralytique général présenté à la séance du 28 mars 1906 de la même société et qui était atteint de syphilides palmaires psoriasiformes.

OBSERVATION XI

(Kalisher. — *Annales de la Société berlinoise de Dermatologie*, mai 1897.)

F..., cinquante-trois. Syphilis ignorée dans les accidents primitifs et secondaires, mais probable vers 1864 (mariage, fausse couche). En 1885, douleurs rhumatoïdes. En 1888 apparurent sur les avant-bras des taches brunes comme des éphélides ; on les prit d'abord pour des troubles tropho-nerveux, il s'agissait en réalité d'une syphilide papuleuse. En résumé, tabes, il y a treize ans, syphilides il y a dix ans.

OBSERVATION XII

(Fournier. — *Leçons sur la période préataxique.*)

H..., trente-huit ans, *prétend n'avoir jamais eu la syphilis*, mais se présente, en 1884, avec une syphilide tuberculo-ulcéreuse aussi typique, aussi irrécusable que possible. En outre, il porte sur le dos une vaste cicatrice qui, indubitablement est la trace d'une lésion gommeuse qui s'est produite de 1882 à 1883. En 1870, début du tabes par une paralysie oculaire qui a duré un an ; accidents vertigineux à répétition fréquente ; étourdissements avec imminence de chute. Un peu plus tard, accidents articulaires mal déterminés, gonflement des genoux et de plusieurs articulations. Les années suivantes, troubles de la marche, faiblesse des jambes, incorrection des mouvements.

En 1879, le malade arrive à ne pouvoir marcher que comme un homme ivre, titubant à chaque pas, et obligé d'examiner le sol pour savoir où il mettra le pied. Troubles urinaux de temps en temps, incontinence d'urine se bornant à l'issue involontaire de quelques gouttes. Débilité générale. En 1884 malade absolument ataxique, avec cette particularité que les réflexes, à cette époque, étaient extrêmement exagérés.

OBSERVATION XIII

(Fournier. — *Leçons sur la période préataxique.*)

C. J..., quarante-trois ans, serrurier. Entré à l'hôpital Saint-Louis le 12 avril 1884. *Syphilis ignorée, ou du moins inavouée*. Présente à son entrée les symptômes suivants :

1° D'une part, antécédents de vertiges, au point qu'il allait dans les rues comme un homme ivre, qu'il chancelait, trébuchait, et que plusieurs fois il serait tombé s'il n'avait trouvé à temps, un point d'appui ;

2° D'autre part, abolition complète, absolue, des réflexes rotuliens ;

3° Signe de Romberg, extraordinairement accentué ; si on fait tenir le malade debout les yeux fermés, il oscille, chancelle et tomberait si l'on n'avait la précaution de le soutenir ; tout son équilibre est troublé par le fait de l'occlusion des yeux ;

4° Signe du cloche-pied non moins démonstratif, même les yeux ouverts, le malade ne peut se tenir en équilibre sur un seul pied ;

5° Enfin, troubles urinaires : miction difficile, lente, incontinence intermittente. Plusieurs fois dans ces derniers temps, il est arrivé au malade d'uriner la nuit dans son lit.

Le tabes constaté nous recherchons la syphilis. Or le malade nie la syphilis : *jamais il n'a eu le moindre accident vénérien*. Et cependant l'existence de la syphilis s'atteste sur lui par des témoignages précis et formels ; à savoir :

1° Cicatrice large et profonde occupant tout le dos du nez et s'étendant jusqu'à la région intersourcilière. Cette cicatrice est déjà presque significative par son siège et son aspect, mais en outre, le malade nous apprend ceci : il s'est produit il y a quinze mois environ, un bouton croûteux qui s'est élargi en déterminant une plaie creuse recouverte d'une grosse croûte noirâtre ; traitée par le mercure, cette lésion jusque-là progressive s'est vite guérie ;

2° Ulcération nasale avec perforation de la cloison. Le

malade accuse un écoulement nasal qui s'est produit depuis peu de temps. Il nous est facile d'apercevoir une ulcération qui occupe la cloison des fosses nasales, à la distance de 2 centimètres environ des narines.

En outre le stylet pénètre librement à ce niveau d'une fosse nasale à l'autre, du côté opposé.

3° Syphilis héréditaire constatée sur les enfants du malade.

A eu quatre enfants, le premier et le quatrième sont morts l'un à cinq mois l'autre sept mois ; les deux autres sont vivants, mais l'un d'eux âgé de quatorze ans, porte une syphillide tuberculo-ulcéreuse à marche excentrique sur le mollet gauche, l'autre a des érosions dentaires en sillon et une saillie considérable et irrégulière de la bosse occipitale.

CHAPITRE III

ACCIDENTS SYPHILITIQUES EN ACTIVITÉ CHEZ LES PARALYTIQUES GÉNÉRAUX

Historique

Plus que pour le tabes la discussion a été vive entre neurologistes et syphiligraphes au sujet de l'origine spécifique de la paralysie générale et si, dès 1857, ESSMARCH et JESSEN émirent cette hypothèse leur doctrine resta long temps sans acquérir crédit.

Les travaux de FOURNIER, ici comme pour le tabes, furent ceux qui mirent la question réellement au point. En accumulant les observations, en entassant les faits cet auteur arrivait à ce résultat, reconnu d'ailleurs et vérifié par beaucoup d'autres, 60 à 90 o/o des paralytiques généraux ont des antécédents syphilitiques non douteux.

La variation parallèle des statistiques de syphilis générale suivant les milieux : plus de syphilitiques et aussi plus de paralytiques généraux à la ville qu'à la campagne appuie la manière de voir de Fournier.

La variation du nombre des paralytiques généraux suivant le sexe : plus de syphilitiques hommes et plus de paralytiques généraux hommes, la confirme

encore, comme aussi l'existence d'une paralysie générale juvénile issue de l'hérédité syphilitique, comme encore l'impossibilité d'inoculer la syphilis aux paralytiques généraux dans les expériences tentées par l'anonyme de Vienne, dans celles rapportées par KRAFT EBING au Congrès de Moscou en 1897.

FOURNIER insistait en outre sur ce que la paralysie générale se montre volontiers chez un syphilitique qui a subi un traitement peu énergique et peu prolongé. Sur 100 cas de paralysie générale il pouvait en relever 94 où l'insuffisance du traitement anti-syphilitique antérieur était notoire.

Ce faisceau de preuves n'empêchait cependant pas JOFFROY de déclarer à la séance de l'Académie de médecine du 7 mars 1905 :

« 1° La syphilis n'est pas la cause efficiente de la paralysie générale ;

« 2° La paralysie générale n'est pas une affection de nature syphilitique ;

« 3° Le traitement mercuriel n'est pas prophylactique de la paralysie générale ;

« 4° Le traitement mercuriel ne guérit pas la paralysie générale ;

« 5° Le traitement mercuriel n'est pas sans danger chez les paralytiques généraux. »

Cette façon de penser n'a plus aujourd'hui, quatre années seulement après la discussion de l'Académie, de nombreux partisans, sauf sur le point de l'inefficacité du traitement mercuriel chez les paralytiques généraux.

Nous avons pu réunir un certain nombre d'observations où la coexistence chez le même individu d'accidents syphilitiques en activité et de paralysie générale plaide en faveur de l'opinion de FOURNIER et infirme celle défendue par JOFFROY. Mais en outre, ce qui nous permet de reconnaître aux accidents syphilitiques que les malades dont nous parlons ont présentés, et à leur paralysie générale une étiologie univoque c'est que chez un certain nombre d'entre eux, ceux des observations III, VI et VI, le traitement antisiphilitique a eu une influence heureuse à la fois sur la paralysie générale et sur les accidents syphilitiques. Dans l'observation III, le malade bien qu'ayant présenté des symptômes accusés quitte le service de M. Marie avec une rémission « persistante bien qu'incomplète » de ses phénomènes de paralysie générale. Dans l'observation VI le sujet sort du service de M. Seglas « en état de rémission ». Le malade de l'observation VII est soumis dès l'entrée aux injections de benzoate de mercure (0,02) ; présente à la fin de janvier 1906 l'effacement presque complet des syphilides et une amélioration considérable du côté mental : diminution de la désorientation, de la confusion des idées et des souvenirs. Le 20 mai le malade sort en état de rémission très prononcée.

Ces trois observations montrent nettement la double action du traitement sur la paralysie générale et sur les accidents syphilitiques.

Il n'en est pas de même chez le malade de l'observation II. Chez ce dernier, pas d'amélioration de

l'état mental mais l'état général resta bon et il ne semble pas du tout ressortir de l'observation que le traitement ait aggravé la condition du malade. Il paraît l'avoir plutôt rendue meilleure au point de vue de la syphilis tout au moins.

Le malade de l'observation V était un tuberculeux avec induration sous-claviculaire nette, un syphilitique héréditaire avec stigmates très accentués en même temps qu'un paralytique général. Il a été perpétuellement en puissance de syphilis et il n'est pas étonnant que chez un sujet aussi profondément touché le traitement n'ait pas donné de résultat.

Reste le malade de l'observation VIII chez lequel le traitement spécifique paraît avoir à deux reprises hâté l'évolution de la paralysie générale. Son cas semble démentir l'utilité du traitement antisiphilitique et même indiquer les dangers que son emploi peut faire courir. Sans parler des mauvaises conditions antérieures de ce malade, il n'en demeure pas moins qu'au total, sur cinq observations, le traitement anti-syphilitique appliqué à des paralytiques généraux présentant des accidents de syphilis en activité a provoqué trois fois nettement l'amendement simultané et marqué des phénomènes nerveux et cutanés, une fois il s'est montré indifférent, mais non nuisible, vis-à-vis de la paralysie générale ; une fois enfin le résultat a été fâcheux (dans les 3 autres de nos 8 observations il n'est pas fait mention de l'issue du traitement).

Il est remarquable que ceux qui ont peu ou pas

retiré bénéfice du traitement présentaient d'autres tares que la syphilis : alcoolisme héréditaire et personnel chez le malade de l'observation II, ou une syphilis trop ancienne. Une syphilis relativement jeune telle celle du malade de l'observation VI qui remontait à cinq années, telle encore celle du malade de l'observation VII vieille de neuf ans paraît déterminer une paralysie générale plus sensible au traitement.

En résumé nous ne voulons pas dire que le traitement spécifique guérit la paralysie générale mais que, chez un paralytique général, où des accidents en activité traduisent un processus syphilitique actuel, la paralysie générale pourvu encore qu'elle soit récente et le résultat d'une syphilis pas trop ancienne, peut bénéficier du traitement mercuriel et ioduré en même temps que les accidents syphilitiques proprement dits qui se trouvent ainsi montrer que les lésions anatomiques de la paralysie générale sont encore jeunes.

Enfin, l'action simultanée du traitement spécifique sur les deux affections, syphilis et paralysie générale chez un même malade, porteur à la fois de deux maladies, n'est-elle pas un fait de nature à fortifier singulièrement l'opinion qui fait de la syphilis la cause de la paralysie générale ?

Observations

OBSERVATION I

(MM. Gaucher et Babonneix, communiquée à la Société médicale des Hôpitaux, séance du 15 mai 1903.)

Syphilis il y a dix ans. — Paralysie générale — Syphilide psoriasiforme de la main gauche

H..., quarante-quatre ans, chaudronnier. Entré salle Saint-Louis, n° 7, le 20 avril 1903.

Le malade entre à l'hôpital pour les lésions qu'il présente à la face palmaire de la main gauche.

Il est très difficile de lui faire préciser ses antécédents héréditaires ou personnels ; tout ce qu'il se rappelle c'est *qu'il a eu la syphilis il y a dix ans*. A cette époque, il aurait eu un chancre de la verge, chancre soigné en ville par un médecin et diagnostiqué chancre induré ; les accidents secondaires ont passé inaperçus. Quant aux accidents palmaires, pour lesquels le malade est entré à Saint-Louis, ils remontent déjà à plusieurs années sans qu'il soit possible de faire préciser au malade leur véritable début ; depuis leur apparition ils n'ont que peu varié. Enfin, depuis cinq ou six mois se sont développés des troubles de la parole, troubles dont le malade se rend compte et qu'il signale lui-même au cours de l'interrogatoire.

Il est impossible de tirer d'autres explications du malade qui confond et embrouille tous ses souvenirs.

ETAT ACTUEL. — Le malade présente la plupart des signes de la paralysie générale confirmée. Il a un *embarras marqué de la parole* ; il accroche et traîne en parlant, il lui arrive aussi de se tromper et d'employer un mot pour un autre ; mais fait important et que nous avons déjà signalé, il se rend compte de cette difficulté de la parole qu'il est le premier à signaler ; *l'écriture est hésitante et embarrassée* ; mais il n'y a pas de mots sautés ou écrits deux fois.

La langue est animée de mouvements fibrillaires, tremblements que l'on observe aussi, mais moins marqués et moins constants, au niveau des lèvres.

Les pupilles sont en myosis, mais elles ne sont pas déformées ; il n'y a pas d'inégalité pupillaire, mais il existe un signe d'Argyll des plus manifestes.

Les réflexes rotuliens sont exagérés des deux côtés, mais inégalement. Il existe une *ébauche de signe de Romberg*. Au point de vue psychique, le malade est dans une parfaite quiétude ; il va bien ; il gagne largement sa vie ; sa mémoire est excellente, et, n'était son petit embarras de parole, il serait absolument satisfait de son sort.

En plus de ces symptômes qui caractérisent une péri-encéphalite classique, le malade présente des *lésions spécifiques incontestables de la face palmaire de la main gauche*. En cet endroit, existent de nombreuses syphilides psoriasiformes peu volumineuses, des dimensions d'une petite lentille, circonscrites, recouvertes de squames blanchâtres ; ces syphilides qui se groupent parfois par série de quatre ou cinq, sont plus nombreuses à la racine de la main que vers

les plis digito-palmares ; on en retrouve encore quelques unes à la face palmaire du médius et de l'annulaire. Les plus volumineuses se voient au niveau des plis digitaux.

Ces lésions sont presque exclusivement unilatérales ; sur l'autre main il existe de la kératodermie, des durillons professionnels, mais très peu de lésions spécifiques.

OBSERVATION II

(Par J. Buvat. — Recueillie dans le service
du professeur Marie.)

Accidents tertiaires et paralysie générale

Gustave N..., cinquante ans, ferblantier. Peu de renseignements sur ses antécédents.

La mère du malade est morte à quatre-vingt-quatre ans. Son père était obèse et fort alcoolique : il eut quatorze frères ou sœurs sur lesquels nous ne savons rien. Il vivait depuis longtemps à Paris et faisait de nombreux excès alcooliques ; célibataire, il eut une vie très irrégulière, mais cependant *n'aurait jamais présenté d'accidents spécifiques (?)*.

En 1898, son entourage s'aperçut que son caractère, sa mémoire surtout, se modifiaient ; il s'agite, commet des excentricités qui, en mars 1899, nécessitent son internement. Les certificats de cette époque signalent des hallucinations terrifiantes nocturnes, de l'insomnie, des idées de persécution, de l'incohérence du langage, des accrocs de la parole, de l'inégalité pupillaire. et M. Magnan fait le diagnostic de paralysie générale.

Le malade entre, en mars 1899, dans le service de M. Vallon où il est considéré comme un paralytique général. Grâce au séjour à l'asile, les phénomènes dus à l'alcoolisme disparaissent peu à peu, mais la paralysie générale s'affirme de plus en plus.

Pendant les derniers mois de 1899, il fait de l'agitation maniaque ; il reste dans cet état durant quatre mois ; il devient gâteux et s'amaigrit beaucoup.

Puis, l'orage s'apaise, les forces reviennent avec de l'embonpoint, le gâtisme disparaît. En mai 1900, le malade, bien que debout, est en pleine démence paralytique, la mémoire n'existe plus ; l'incohérence dans le langage, l'inconscience de sa situation sont absolues ; il n'y a pas de délire net, mais cette satisfaction niaise des paralytiques généraux.

A l'examen somatique, nous constatons de l'inégalité pupillaire avec abolition du réflexe, à la lumière et à l'*accommodation* ; du tremblement des extrémités avec une maladresse considérable ; du tremblement de la langue, des secousses fibrillaires dans les muscles du visage, de la dissociation mimique ; le réflexe rotulien est aboli à droite, faible à gauche ; il a le signe de Romberg et il lui est impossible de marcher correctement les yeux fermés ; il n'y a pas d'incoordination motrice des membres supérieurs. La résistance et la force musculaire sont assez bien conservés. Le malade n'a jamais eu d'ictus.

Nous notons des signes d'athérome artériel ; les artères sont dures et sinueuses ; le deuxième bruit aortique est clangoreux. Les autres fonctions organiques ne sont pas atteintes.

Au début de juin 1900, il présente une petite tuméfaction molle sur la crête antérieure du tibia au tiers supérieur.

Le 13 juin 1900, la petite tumeur a fait place à une ulcération du diamètre d'une pièce de 5 francs, de couleur rouge jambon, à bords nets, taillés à pic et entourée d'une petite zone érythémateuse. M. Marie fait le diagnostic d'ulcère spécifique et soumet ce malade au traitement ioduré à haute dose combiné au régime faiblement chloruré (régime lacté mitigé).

A la fin de juin, la cicatrisation est complète. A l'heure actuelle, il persiste une cicatrice étoilée pigmentée.

Le malade n'a pas présenté d'autres manifestations spécifiques; actuellement l'état général est bon, mais la démence est complète.

OBSERVATION III

(Professeur Marie.)

Gomme syphilitique du voile du palais chez un paralytique général

D..., trente-sept ans, représentant de commerce. Paralyse générale, entre à l'hôpital le 23 novembre 1904.

Père mort cardiaque. Mère bien portante.

Nie énergiquement la syphilis en disant qu'il ne ferait aucune difficulté pour le reconnaître si cela était : sa famille, son médecin et l'examen direct confirment ce dire à l'entrée. Sobre habituellement. Actuellement est atteint de paralyse générale. Excès alcooliques récents, affaiblissement intellectuel, agitations, divagations, loquacité, idées de richesse et

de suicide, insomnie, cauchemars, inégalité pupillaire, albuminurie ancienne. Troubles de la parole. Il y a un an, aurait eu un ictus cérébral avec hémiparésie gauche et ptosis. Il a trouvé le moyen avec 100.000 francs d'avoir des milliards deux mois après. A inventé la chaussure éternelle, etc. (D^{rs} Legras, Magnan, Marie.)

Fin mai 1905, six mois après son entrée, le malade rend la soupe par la narine gauche. Il présente une perforation du palais et naçonne.

Il est trouvé porteur d'une ulcération du voile osseux du palais, sur la ligne médiane et la partie gauche du palatin. On voit un bord à pic (perforation ovulaire) de la dimension d'une grosse amande avec la cloison nasale susjacenté également ulcérée et bourgeonnante. Rien dans les urines actuellement.

Frictions hydrargyriques durant quelques jours et piqûres d'hermophényl durant un mois. Les bourgeons s'effacent. les bords à pic se recollent et l'ulcération se cicatrice en laissant une perte de substance encore visible de la dimension d'une pièce de 1 franc.

Traitement ioduré final et rémission actuelle persistante bien qu'incomplète (persistance de l'embarras de la parole, paresse et inégalité des pupilles, réaction paradoxale à la lumière, réflexes patellaires exagérés, euphorie indifférente. Albumo-réaction positive du liquide céphalo-rachidien).

OBSERVATION IV

(MM. A. Fournier et Gasne.)

Syphilides gommeuses et paralysie générale

Lina W..., trente six ans, talonnière, est entrée dans le service du professeur Fournier pour l'ulcération qu'elle porte à la face externe du genou droit.

Cette ulcération a débuté il y a un mois, en même temps qu'une ulcération symétrique du genou gauche, dont on voit encore aujourd'hui la cicatrice. Elle s'est développée sans douleur notable. Elle a les dimensions d'une pièce de 1 franc, elle est exactement circulaire, ses bords sont nets, légèrement surélevés, le fond rougeâtre est bourgeonnant. La nature syphilitique ne saurait faire de doute. La malade présente en outre des phénomènes nerveux caractéristiques de la paralysie générale progressive. Voilà son histoire clinique : Son père est mort encore jeune d'une affection cardiaque, sa mère est âgée de soixante-quinze ans et porte allègrement son âge.

La malade est la neuvième de onze enfants, dont six sont morts en bas âge ; elle est la dernière de ceux qui ont pu s'élever, mais dont trois sont morts successivement à trente-six, trente-quatre et vingt-huit ans ; de sorte qu'elle reste seule de cette nombreuse famille avec une sœur âgée aujourd'hui de quarante-huit ans et qui est bien portante.

Elle-même dans sa jeunesse n'a eu aucune maladie ; elle se souvient avoir parlé et marché très jeune ; on lui disait qu'elle avait été plutôt précoce.

Elle est d'ailleurs bien développée et ne présente aucun stigmat dystrophique notable.

Elle s'est mariée en 1884 ; son mari l'a abandonnée trois mois après le mariage ; elle n'a aucun renseignement sur sa santé.

Elle n'a jamais souffert d'affections cutanées ou muqueuses, ni de céphalée. Elle n'a pas eu de grossesse. Elle n'est pas éthylique.

En avril 1900 débutent des phénomènes nerveux : ils n'ont fait que s'accroître depuis et la malade en est restée incapable de tout travail.

A l'occasion d'une peur provoquée par la vue inopinée d'une paralytique aphasique, ses règles se seraient arrêtées subitement et en même temps la malade se serait trouvée incapable de prononcer une parole. Cette perte absolue du langage s'accompagnait d'ailleurs d'une déviation marquée de la face. Si l'on en croit la malade, c'est le côté gauche qui aurait été paralysé. Mais son état mental actuel ne permet guère de faire fonds sur ses souvenirs, et la malade n'est pas très affirmative quand on lui demande si la parole était tout à fait normale avant l'histoire dramatique qu'elle a fixée dans sa mémoire et de même l'aphasie complète n'était peut-être pas aussi nette qu'elle aime à le dire : elle avoue que sa parole persistait encore, mais si troublée qu'on la comprenait difficilement.

Cet état a duré une dizaine de mois, au bout desquels la parole s'est améliorée, en même temps que disparaissaient sous l'influence du traitement spécifique prescrit à la Salpêtrière, des nodosités sous-cutanées siégeant dans les bras et les avant-bras.

Actuellement le trouble de la parole est encore le phéno-

mène le plus frappant. C'est d'abord, avant l'émission de la voix, le tremblement des lèvres et des muscles de la face, puis l'achoppement des syllabes.

La langue tirée hors de la bouche ne peut être maintenue immobile, elle est animée de secousses fibrillaires et de mouvements en masse qui l'agitent sans cesse.

La parole n'est pas troublée seulement par le défaut de la fonction d'émission, mais aussi par la difficulté de l'association des idées, par la perte de la mémoire. La malade ne saurait répéter une phrase un peu longue, elle ne saurait répondre à une question posée précise, encore moins résoudre les problèmes les plus simples.

Son caractère a complètement changé, elle est devenue extrêmement émotive, pleurant sans raison et toute troublée du moindre bruit. Elle a surtout des troubles mentaux d'ordre mélancolique, restant des journées entières muette et immobile, assise sur une chaise comme prostrée, non seulement incapable de travailler, mais ne s'occupant même plus des soins habituels du ménage.

L'inégalité pupillaire frappe également dès l'abord. La pupille droite est beaucoup plus large que la gauche. Ces pupilles qui réagissent encore à l'accommodation, restent immobiles à la lumière.

Bien que la malade ne se plaigne pas du défaut de l'acuité visuelle, l'examen du fond de l'œil fait constater des lésions de neuro-rétinite récente avec papille aux contours vagues, mal délimités, état trouble des milieux. Cette constatation a une grosse importance puisqu'elle permet d'affirmer *une syphilis ignorée acquise* ; on ne rencontre pas en effet de ces lésions dans la syphilis héréditaire.

La sensibilité et la motricité des membres semblent peu altérés : il y a seulement un certain tremblement, une certaine hésitation dans les mouvements délicats. L'écriture est manifestement tremblée et irrégulière, cependant elle ne présente pas de grosses altérations.

Les réflexes tendineux sont partout brusques et forts, ils sont égaux dans les points symétriques ; il n'y a pas de troubles des sphincters.

OBSERVATION V

(J. Buvat. — Recueillie dans le service
du professeur Marie.)

Ulcère tertiaire du membre inférieur gauche chez un paralytique général

Henri G..., quarante-cinq ans, entré dans le service le 6 février 1900.

Son père est mort à soixante-dix ans, sa mère à quarante-cinq ans, d'un cancer du sein.

Il n'a eu qu'une sœur, son aînée, morte en venant au monde ; pas d'aliénés dans ses ascendants ou collatéraux. Bonne santé habituelle, pas d'alcoolisme.

Il habite Paris depuis l'âge de vingt-cinq ans, s'est marié à trente, *et n'aurait, au dire des siens, jamais eu la syphilis.*

Il a eu deux enfants, une fille âgée de neuf ans, en bonne santé, et un garçon mort de méningite à trente-neuf mois. Sa femme se porte assez bien quoiqu'elle ait des maux de tête fréquents depuis son mariage.

Le malade a une déformation type des membres inférieurs en genu-varum et les deux tibias présentent la conformation en lame de sabre qu'on a donnée comme caractéristique de la spécificité héréditaire. L'humérus présente aussi une déformation à concavité interne.

Le début des troubles remonte à décembre 1897 : à cette époque, il a eu des hémorragies nasales copieuses et fréquentes qui le laissèrent fort amoindri. Depuis cette date, en même temps que l'état général, l'état mental s'est modifié : la mémoire, aux dires de sa femme, baisse ainsi que l'activité. L'année 1898 s'écoule et Henri G... décline de plus en plus ; il fait des chutes fréquentes, monte et descend difficilement les escaliers et se fracture l'avant-bras droit : la consolidation s'est opérée lentement avec un gros cal.

Pas d'ictus. En février 1899, son manque de mémoire lui fait perdre une assez bonne situation qu'il occupait depuis sept ans. Il est très vivement ébranlé et son affection marche alors avec plus de rapidité : il cherche d'abord à se procurer du travail ; il n'y parvient pas, il perd bientôt tout souci à cet égard, et reste confiné chez lui, à la charge de sa femme.

Il maigrit et s'affaiblit au point de tomber très fréquemment. La mémoire s'en va de plus en plus ; la parole s'embarrasse et il en est arrivé à commettre des actes fort bizarres : continuellement agité, il veut vendre son mobilier ; fait des achats inconsidérés ; se perd hors de chez lui ; raconte qu'il est fort riche, officier, etc.

Il se fracture l'humérus gauche ; conduit à Lariboisière, on ne tarde pas à le diriger sur les asiles.

A son entrée à Villejuif, nous trouvons un malade amaigri, avec teint terreux et plis caractéristiques de la peau.

L'examen tomatique nous révèle des signes non douteux d'induration pulmonaire dans la clavicule gauche ; néanmoins l'examen des crachats reste négatif quant au bacille de Koch ; il a des épistaxis légères postérieures qui donnent l'illusion pendant quelques jours d'hémoptysies.

Le premier bruit à la pointe est prolongé, le deuxième bruit dédoublé parfois ; pas de souffles. Les urines sont normales. *Aucune trace de syphilis.*

Les réflexes sont très amoindris des deux côtés. Pas d'incoordination, mais incertitude dans la station debout et de la marche. Pas de troubles sphinctériens.

Au dynamomètre nous obtenons 32 à droite et 18 à gauche.

Aucun trouble sensitif.

Les pupilles sont inégales et ne *réagissent* pas à la lumière ni à l'accommodation. La droite est plus grande.

Pas de phénomènes parétiques de la musculature externe.

La mémoire est complètement obnubilée et le malade n'a aucune conscience de son état ; la teinte de ses idées délirantes est plutôt triste ; il a de vagues idées de persécution ; les médecins ont tué sa femme après l'avoir rendu aveugle.

16 février. — Une rougeur diffuse envahit la face antérieure de la jambe gauche au tiers supérieur et remonte en s'atténuant jusqu'au pli de l'aîne. Nous songeons à une lymphangite, mais nous ne trouvons aucune porte d'entrée, et il y a apyrexie complète.

Jusqu'au 22, la rougeur cuivrée s'accroît de plus en

plus, surtout à un demi-travers de doigt au-dessus des malléoles ; la région est tuméfiée légèrement.

A cette date apparaît sur la crête tibiale au tiers inférieur une tumeur fluctuante de la grosseur d'une mandarine. Pansement humide au sublimé.

24 février. — On trouve dans le pansement un liquide gluant ; la tumeur fluctuante a disparu et à ses lieu et place, on trouve une ulcération du diamètre d'une pièce de 5 francs, à bords irréguliers, taillés à pic, à fond bourbillonneux, de coloration jambonnée et reposant sur une zone tuméfiée qui s'étend à la plus grande partie du membre inférieur gauche.

MM. Vallon et Picqué portent le diagnostic d'ulcère tertiaire spécifique.

Le malade est soumis à un traitement mixte, puis à l'iode seul.

15 mars. — L'ulcère est complètement cicatrisé.

En même temps que se guérit son ulcère, sa fracture humérale se consolide avec lenteur, et le 15 mars on enlève définitivement l'appareil : il y a un cal énorme. La formation du cal a exigé six semaines.

Grâce au repos, l'état général se relève un peu, mais la démence s'accroît ; des idées de négation apparaissent : il est mort, il est en bois... il n'a plus ni bras ni jambes. Il présente des alternatives de gâtisme et de rétention.

Nous constatons au cours d'un cathétérisme un rétrécissement pénien à 10 centimètres du méat. En juin, pendant les grandes chaleurs, le malade succombe en quelques jours à une diarrhée profuse ; l'autopsie n'a pas été faite.

OBSERVATION VI

(Dr J. Séglas, médecin de l'hospice de Bicêtre.)

Syphilis en activité chez un paralytique général

B... Pierre, trente-cinq ans, comptable, présente à son entrée dans le service des symptômes de paralysie générale au début, de forme démente simple; dépression intellectuelle, défaillances de la mémoire, troubles du caractère, satisfaction intermittente sans délire, modifications caractéristiques de l'écriture, accrocs de la parole, tremblement vermiculaire de la langue, secousses des lèvres, tremblement des mains, réflexes rotuliens et achilléens conservés, inégalité pupillaire avec signe d'Argyll, lymphocytose rachidienne.

Eruption cutanée de syphilides papuleuses. La syphilis remonte environ à cinq années.

Le malade est soumis à son entrée (mars 1905) aux injections de benzoate de mercure (0,02). Les syphilides ne tardent pas à s'effacer, en même temps que les symptômes nerveux s'atténuent progressivement et B... sort le 21 juin suivant en état de rémission.

OBSERVATION VII

(Dr J. Séglas.)

Syphilides papulo-squameuses chez un paralytique général

P... Auguste, trente-deux ans, boulanger, entré le 14 novembre 1905 à Bicêtre, présentait déjà depuis le début de

novembre des troubles intellectuels ; il ne suivait plus une idée, avait des erreurs de mémoire, ne pouvant plus travailler. Entré tout récemment à l'hôpital du Midi pour une éruption de syphilides papulo-squameuses ; il ne put être conservé à cet hôpital pour ses troubles cérébraux et fut transféré à Bicêtre. A son entrée, P... ne présente aucun délire, il est calme, mais il est dans un tel état de désorientation dans le milieu et dans le temps, ses idées sont tellement confuses, qu'on ne peut tirer de lui que des lambeaux de phrases incohérentes.

La parole est étonnée, tremblement fibrillaire et mouvements de trombonne de la langue, tremblement des mains. Réflexes tendineux exagérés. Pas de signe de Romberg, inégalité pupillaire. Signe d'Argyll très net, surtout à gauche.

Syphilides cutanées encore persistantes.

Lymphocytose rachidienne.

Soumis dès l'entrée aux injections de benzoate de mercure (0,02). A la fin de janvier 1906, on note l'effacement presque complet des syphilides et une amélioration considérable du côté mental. Diminution de la désorientation, de la confusion des idées et des souvenirs.

20 mai. — Le malade sort en état de rémission très prononcée. Le début de la syphilis remonterait, d'après ce qu'il nous dit à ce moment, à l'année 1896, soit neuf ans.

OBSERVATION VIII

(D^r J. Séglas.)

*Gomme musculaire de la jambe chez un
paralytique général*

G... Emile, mécanicien. Première entrée à Bicêtre en décembre 1896, à l'âge de trente-six ans pour des troubles intellectuels, qualifiés d'excitation maniaque, qui disparaissent rapidement et permirent la sortie en juin 1897. Je n'ai pas observé le malade à cette époque. Il rentra dans mon service en novembre 1900 dans un état d'agitation extrême avec incohérence des idées, délire multiple et absurde de grandeur, accroc de la parole, tremblement fibrillaire de la langue, réflexes rotuliens et achilléens abolis, inégalité pupillaire, myosis, signe d'Argyll.

Il a eu la syphilis en 1878 à l'âge de dix-huit ans et a été soigné de ce fait à l'hôpital du Midi.

Au bout d'une quinzaine de jours il commence déjà à se calmer mais conserve toujours ses idées mégalomaniaques incohérentes.

Au 26 mars suivant, les troubles intellectuels sont en pleine rémission. Le malade est calme, n'a plus de délire, a conscience de la crise qu'il vient de traverser. Bien qu'un peu affaibli intellectuellement, il est loin d'être à proprement parler un dément. Les signes physiques persistent, il a un peu maigri, lymphocytose modérée, au minimum.

6 avril. — L'état est resté le même, mais le malade se

plaint de douleurs à la jambe gauche et l'on constate une gomme des muscles de la région antéro-externe de la jambe, cette gomme est de la grosseur d'une noix.

Il est soumis au traitement mercuriel (frictions d'onguent napolitain) pour la première fois depuis son entrée dans le service.

A la fin d'avril, la gomme est réduite au volume d'une amande mais l'état mental et physique est très mauvais. Le malade est très amaigri, très faible, il reste muet, hébété, presque en stupeur, il ne s'alimente guère qu'avec des liquides.

On cesse les frictions et on fait une série de dix piqûres de cadodylate de soude.

15 mai. — Le malade est déjà beaucoup moins déprimé, il se lève bien mieux, les idées sont moins confuses.

5 juin. — Il est revenu complètement à l'état antérieur au 6 avril mais il recommence à se plaindre de ses jambes. La gomme de la jambe gauche a de nouveau augmenté de volume, et il existe dans la région correspondante à droite une seconde gomme du volume d'une noisette.

On reprend les frictions mercurielles. Dès la troisième le malade semble déjà retomber dans l'état qui suivit la première administration du traitement spécifique. Il est déprimé, présente une obnubilation notable des idées, la parole, jusque-là distincte malgré quelques accroc devient très embarrassée.

Les frictions sont remplacées par des injections de biiodure (0,01). Mais si les gommages diminuent peu à peu, l'état général s'aggrave de plus en plus rappelant celui d'un paralytique général arrivé à la dernière période : démence com-

plète, parole incompréhensible, perte des forces, gâtisme.

Malgré la cessation du traitement mercuriel, l'administration de sérum, de cacodylate de soude, une alimentation substantielle, le malade ne se remonte pas et meurt le 25 juillet dans le marasme paralytique.

Dans les observations que nous avons rapportées, et nous sommes loin de prétendre donner ici tous les cas signalés dans la littérature, nous voyons d'une façon absolument certaine, le tabes et la paralysie générale coexister avec des accidents syphilitiques tertiaires. De plus, dans plusieurs cas, où les antécédents primaires et secondaires n'avaient pu être relevés, nous avons vu la syphilis n'apparaître certaine que grâce à des manifestations tertiaires ; nous croyons que ces observations sont d'un grand intérêt pour contribuer à faire admettre l'étiologie syphilitique de tabes et de la paralysie générale.

Les statistiques publiées par les divers auteurs (Fournier, Déjerine) arrivent à nous donner tant pour la paralysie générale que pour le tabes un pourcentage arrivant parfois jusqu'à 97 0/0.

Si nous ajoutons à ces statistiques les cas où la syphilis ignorée complètement est venue se révéler par des manifestations tertiaires nous voyons que nous ne serons pas loin d'arriver au rapport de 100 0/0, ce qui alors prouverait bien que la syphilis, à part de très rares exceptions, est à l'origine du tabes et de la paralysie générale.

Les adversaires de la théorie que nous soutenons

invoquent d'autre part la faillite du mercure dans le traitement du tabes et de la paralysie générale, mais cela n'a rien d'étonnant. Ces affections n'évoluent pas à la façon de lésions tertiaires, elles sont d'origine et non de nature syphilitique.

Fournier disait lui-même que si, sur 100 tabétiques, il en avait guéri un par des injections de calomel, il n'en aurait sûrement pas guéri deux.

Sans entrer dans des considérations pathologiques et histologiques qui nous entraîneraient trop loin, on ne peut légitimement considérer les lésions de sclérose médullaire et celles qui résultent de la péri-encéphalite diffuse comme des lésions syphilitiques tertiaires, mais ce sont bien des lésions résultant d'un processus destructif ou cicatriciel sur lesquelles le traitement n'a aucune prise lorsqu'elles sont accomplies.

Que l'on trouve une substance qui comme l'iode, exerce une influence curative de premier ordre sur les lésions tuberculeuses, elle pourra guérir les gommes, mais ne pourra rien sur les lésions cicatricielles crétaées du poumon, et ne créera pas de nouveaux alvéoles pulmonaires.

Il en est de même pour les fibres nerveuses sclérosées et pour les cellules nerveuses détruites ou dégénérées.

Nous ne nous étonnerons pas que le traitement spécifique ait pu guérir les lésions tertiaires et qu'il ait été sans influence sur le tabes ou la paralysie

générale, et souvent même ait aggravé ces affections.

S'ensuit-il pour cela qu'il faille dans tous ces cas abandonner le traitement mercuriel ? Loin de là !

Si le mercure est incapable de régénérer les éléments nerveux sclérosés ou détruits ; s'il est encore plus incapable d'en reformer de nouvelles, s'il ne peut améliorer les symptômes résultant de la destruction de ces éléments nobles, il peut toujours prévenir la destruction de ceux qui sont encore vivants et empêcher la production de symptômes de plus en plus désastreux.

La guérison ne sera pas obtenue, c'est entendu, et le tabétique ou le paralytique général sera toujours un infirme, mais cette infirmité souvent ne s'aggravera pas et c'est au mercure que le malade devra d'éviter de plus grands malheurs.

D'après les neurologistes, MARIE, NAGEOTTE, etc., le tabes par exemple n'est pas d'emblée sclérosant et le ramollissement et l'atrophie du cerveau ne s'opèrent pas d'un seul coup dans la paralysie générale. Rien de plus logique donc que de conclure avec MARIE : « Si le traitement n'a aucune raison apparente, quant à l'amélioration des symptômes de tabes ou de paralysie générale, il n'en faut pas moins le prescrire dans l'espoir d'enrayer ces affections dans leur marche progressive ; dans l'espoir aussi de mettre le malade à l'abri des autres lésions de nature syphilitique qui sont parfois des complications extrêmement graves. »

Le même raisonnement peut se soutenir si l'on admet que les lésions sont dues à une toxine syphilitique agissant à la façon d'un poison diphtéritique. C'est en agissant sur des foyers mal éteints qu'on suspendra la marche des lésions sans pourtant la faire rétrocéder, mais c'est déjà quelque chose que de les enrayer.

Ces considérations s'appuient sur de nombreux cas, car l'expérience doit toujours accompagner la théorie pour l'appuyer et la confirmer. Les observations que nous avons rapportées ne sont pas il est vrai, bien concluantes à cet égard. Mais il faut dire que bien souvent le traitement mercuriel n'a pas été institué avec assez d'intensité et assez longtemps. Mais pour ceux qui admettent l'étiologie syphilitique du tabes et de la paralysie générale, le vieil adage : *Sublata causa, tollitur effectus*, garde toujours sa valeur. Mais à la façon dont se présentent ici les choses nous sommes persuadé, avec bien d'autres qui s'appuient sur une longue expérience, que ce traitement mercuriel n'aura d'effet favorable sur les processus du tabes et de la paralysie générale, qu'autant qu'il sera institué dès le début à la période d'amorçage des lésions, alors que le tissu de sclérose ne sera pas constitué et que les éléments nerveux ne seront pas dégénérés. Dans tous les cas le traitement sera intensif, car il s'agit d'agir rapidement, et méthodiquement poursuivi.

Il est souvent, il est vrai, bien difficile de bien reconnaître le prétabes ou la période de début de la

paralysie générale. Souvent les malades n'attachent aucune importance à des symptômes qui éveilleraient les doutes du médecin, mais qu'ils mettent eux, sur le compte d'une fatigue passagère. C'est à cette difficulté du diagnostic au début que l'on doit bien souvent d'arriver trop tard avec un traitement qui reste par suite inefficace. Néanmoins, comme le conclut Roux dans la thèse de DREVON (Lyon, 1904) certains symptômes peuvent souvent être améliorés et on ne peut, malgré quelques cas d'aggravation sous l'influence du traitement mercuriel, refuser aux tabétiques et aux paralytiques généraux, le soulagement de leur longue et désespérante affection.

CONCLUSIONS

De toute cette étude et des observations que nous avons rapportées il nous semble être autorisé à conclure :

1° Que les cas signalés d'apparition de manifestations syphilitiques tertiaires en évolution sont loin d'être rares comme on l'affirmait, il y a peu d'années encore, au cours du tabes et de la paralysie générale ;

2° Que dans ces faits d'association, le tabes et la paralysie générale ne nous ont paru se distinguer en rien de ces affections évoluant sans coexistence d'accidents spécifiques ;

3° Que d'autre part les accidents tertiaires associés au tabes et à la paralysie générale ne diffèrent en rien de ceux que l'on a l'habitude de constater à l'âge où est parvenue la syphilis ; le tabes et la paralysie générale ne mettant nullement à l'abri de ces accidents ;

4° Que les cas que nous avons rapportés contribuent encore à démontrer l'origine syphilitique du tabes et de la paralysie générale ;

5° Que le traitement antisypilitique, légitimé par

les accidents tertiaires peut être d'une action curatrice sur le tabes et la paralysie générale au début seulement et encore pas dans tous les cas. De toute façon il est resté sans action sur le tabes et la paralysie générale confirmés.

Vu : Le Président de la thèse

GAUCHER

Vu : le Doyen

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Abadie.* — L'ataxie locomotrice est-elle d'origine syphilitique ? Note lue Soc. méd. Paris, 11 nov. 1812 ; *Gaz. hebd.*, 1882 ; *Union médicale*, 1883.
- Adamkiewicz.* — Die anatomische Processus der Tabes. *Wien. med. Presse*, 1882.
- Althaus.* — Note on the relations between Syph., and locomotor ataxy. *The Lancet*, 17 sept. 1881.
- Babinski.* — Soc. de neurologie de Paris, juillet 1900. Association du tabes et de lésions syphilitiques.
- Babonneix.* — Voir Gaucher.
- Berger.* — La théorie du tabes. *Rev. de méd.*, 1890.
- Broadbent.* — Lettsomian lectures. Syph., as a cause, etc. *Lancet* 10 et 24 février 1894.
- Buzzard.* — Clinical lecture on the association of tabes dorsalis with syphilis. *Lancet*, 10 juin 1882.
- Charcot.* — Leçons du mardi à la Salpêtrière, 1888.
- Charcot-Bouchard-Brissaud.* — *Traité de médecine.*
- Chartier.* — 'Ostéite syphilitique chez un tabétique. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière* 1907, 84-90.
- Charpentier.* — Thèse de Paris, 1899. Relations entre les troubles réflexes pupillaires et la syphilis.
- Charmeil.* — Syphilis et tabes. *Echo méd. du Nord*, 12 juin 1904.

Cohen. — Lehre von der Tabes.

Coste-Labaume — Rapports de la syph. et du tabes. Thèse de Lyon, 1904.

Daloux. — Accidents syphilitiques pendant le tabes. Revue de Médecine, 1904.

Déjerine et Thomas. — In Traité Brouardel, 1902.

Dreton. — Traitement du tabes par le calomel. Thèse de Lyon, 1905.

Drysdale. — Loco-ataxia of syph., origine. Med., Society of London, Lancet, mai 1878.

Duchenne de Boulogne. Arch. générales de méd., 1859. De l'ataxie locomotrice. Paralyse générale.

Dubois. — Coexistence des accidents tertiaires avec le tabes. Thèse de Lyon, 1906.

Dévé. — Trois observations de syph., en activité chez des tabétiques. Revue méd. de Normandie. Rouen, 1905, 393-395.

Dujardin-Beaumetz. — Ataxie locomotrice. Thèse de Paris, 1862.

Danlos et Deroy. — Syphilis en activité et tabes chez le même individu. Bull. Soc., française de Dermatologie et Syphiligraphie, 1906, 393.

Dufour et Brelet. — Accidents tertiaires et paralyse générale. Bulletin de la Soc. méd. des Hôpitaux de Paris, 4 nov. 1904.

Buat. — Accidents syphilitiques tertiaires chez un paralytique général. Journal de méd. Paris, déc. 1900.

Erb. — Syph. et tabes. Berl. Klin. Woch., n° 11.

— Zur Etiologie des tabes Dorsalis. Berl. Klin. Woch., 1883.

Fournier. — Ataxie locomotrice. Ann. de Derm. et Syph., 1876.

— L'ataxie d'origine syph., 1882.

— Affections para syphilitiques, 1894. De la paralysie générale.

— Traité de la syphilis, 1899.

— Leçons sur les chancres extra-génitaux.

Fournier et Gasne. — Accidents de syphilis en activité et paralysie générale. Annales de Derm. et Syph., juillet 1901.

Gasne. — Société de Neurologie, 7 juillet 1901. Gommès syph. au cours du tabes.

Gaucher et Babonneix. — Bull. de la Soc. méd. des Hôpitaux de Paris, 15 mai 1903. Accidents syphilitiques en activité chez un tabétique et un paralytique général.

Gaucher, Fournier (E.), Touchard. — Un cas de coexistence de gomme syph. et de tabes. Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôpitaux de Paris, 17 fév. 1905.

Grasset. — Traité des maladies du système nerveux.

Hoffmann. — Tabes und Syph. In. Din. Berlin, 1884.

Isaac. — Syph. et tabes. Rev. de Neurologie, 1893.

Jumon. — Les Syphilis ignorées. Thèse de Paris, 1880.

Landouzy. — Abeille méd., 1881. Du rôle étiologique attribué à la syphilis dans le tabes.

Lancereaux. — Traité de syph., 1886.

Levin (Mlle). — Les syphilis ignorées. Thèse de Paris, 1897-1898.

Marie (P.). — In Traité de méd. Bouchard. Article : tabes.

— Article : Paralysie générale, *idem.*

— Leçons sur les maladies de la moelle, 1892.

Milian. — Journal La Syphilis, 1904. Nature du tabes.

Moutot. — Sur la coexistence d'accidents syphilitiques tertiaires avec le tabes. Bull. méd. Paris, 1906, 155-161.

Nægeli. — Inaug. Dissertation. Zurich, 1887.

Nicolas et Moutot. — Soc. méd. des hôp. de Lyon, 21 nov. 1905. Deux cas de coexistence de lésions tertiaires avec le tabes.

Mendel. — Cité par Fournier. Affections parasymph., 1904.

Perret. — Clin. méd. Hôtel-Dieu de Lyon, 1887. Etiologie de la paralysie générale.

Porot. — Injections mercurielles dans le traitement de la syphilis nerveuse. Thèse de Lyon, 1903.

Quinquaud. — Cité par Raymond dans article : Paralysie générale. Dic. Soc. méd., 1885.

Raymond. — Prog. méd., juin 1892-1863. Etiologie des tabes.

Ricord. — Leçons sur la syphilis.

Massardier. — Coexistence de syphilis tertiaire avec le tabes. Thèse de Lyon, 1907.

Spillmann. — Syphilis et tabes. Revue de l'Est, 1881-1907.

Spillmann et Perrin. — Accidents tertiaires chez un paralytique général. Revue de l'Est. Nancy, 1905.

Séglas. — Note sur 3 cas de syphilis en activité chez des paralytiques généraux. Normandimédicale. Rouen, 1907.

Strumpell. — Arch. f. Psych., 1882.

— Deutsch. med. Woch., 1889. Ueber die bezichungen des tabes, etc.

— Traité de Pathologie spéciale, etc.

Teissier. — Etiologie de la paralysie générale. *Prov. méd.*, 1887.

Topinard. — Ataxie loc. progressive, 1865, p. 365.

Toulouse. — *Gazette des Hôpitaux*, 1892.

Viannay. — De la fréquence des lésions tertiaires de la femme et de son importance en clinique et en pathologie. *Ann. de Derm. et Syph.*, 1898.

Voigt. — Syph. und Tabes. *Berlin. Klin. Woch.*, sept. 1881, janvier 1883.

Vulpian. — Leçons sur les malades du système nerveux, 1879.

Weber. — Syph. and Locom. ataxy. *New-York med. Record*, 1884.

Westphall. — Luies und génerat der Hinterstränge. *Berlin. Klin. Woch.*, 1880.

Widal. — Cyt. céphal. rach. des syphilitiques. *Bulletin Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 1892.

Zemsem. — *Berlin. Klin. Woch.*, 1891.